

Медицинские абортс никогда не делали 43,9% (40 и 60 человек соответственно) женщин в обеих группах, у остальных пациенток насчитывалось от 1 до 10 медицинских абортс в анамнезе. Воспалительные послеабортные осложнения (эндометрит, сальпингоофорит) отмечались у 12 (23,5%) женщин 1-й группы и у 19 (24,7%) – 2-й. У пациенток 1-й группы, кроме несостоявшегося выкидыша, имели место 27 (29,4%) случаев самопроизвольных абортс. Количество самопроизвольных абортс колебалось от 1 до 5. Послеабортные осложнения в виде эндометритов, сальпингоофоритов отмечались у 6 (22,2%) пациенток. У 14 (15,2%) женщин данной группы были и повторные

случаи несостоявшегося абортс. У 3 (3,3%) больных в анамнезе были мертворождения.

Таким образом, у женщин, перенесших несостоявшийся аборт, в анамнезе наиболее часто отмечается нарушение менструальной функции, невынашивание беременности, наличие перенесенных венерических и паравенерических инфекций, воспалительных заболеваний матки и ее придатков, патология шейки матки и экстрагенитальная патология. Полученные данные необходимо учитывать при проведении предгравидарной подготовки женщин, ранее перенесших несостоявшийся аборт.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ АБОРТА

Фролов А. Л.,
Кулавский В. А.,
Гараева Л. Н.,
Кулавский Е. В.

ИПО БГМУ

ГУЗ «Республиканский перинатальный центр», Башкортостан

МУЗ «Городская клиническая больница № 21» г. Уфы

Несостоявшийся аборт на современном этапе остается актуальной проблемой. Частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь составляет 15–20%. На ранних сроках беременности на его долю приходится 45–86,6% всех самопроизвольных абортс. За последние годы в Республике Башкортостан имеется тенденция к росту распространенности данной патологии (среднегодовой прирост составил свыше 7%).

Известно, что существенное влияние на течение беременности оказывают социальные факторы, а также психологическое состояние женщины. Поэтому с целью изучения социальных и психологических аспектов жизни женщин с несостоявшимся абортс была разработана анкета, с помощью которой проведен опрос 260 женщин.

В ходе исследования установлено, что 116 (44,6%) обследованных имели в анамнезе случаи невынашивания беременности и мертворождений, из них несостоявшийся выкидыш был у 92 (35,4%) больных. Эти пациентки составили 1-ю группу. 2-я группа (сравнения) включала 144 женщин, не имевших в анамнезе случаев невынашивания беременности и мертворождений. Группы были идентичны по возрастному составу ($p < 0,05$): средний возраст составил $27,7 \pm 0,8$ и $29,1 \pm 0,8$ года в 1-й и 2-й соответственно.

По имеющимся литературным данным, косвенной причиной патологии беременности может быть уровень образования. Однако это выявить не удалось, так как различия по этому признаку не носили статистически достоверный характер.

Несмотря на то, что у работающих женщин не установлен повышенный риск развития спонтанных абортс, мертворождений и задержки внутриутробного развития, данными литературы доказано, что условия труда могут оказывать определенное влияние на течение беременности. Однако проведенные исследования показали, что статистически достоверного различия по роду занятий у пациенток в двух группах не отмечалось.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы своей работой?» положительно ответили 60 (72,3%) пациенток 1-й группы и 73 (56,2%) – 2-й.

Напряженными и конфликтными назвали свои отношения на работе 4 (5,1%) женщины 1-й группы и 4 (3,2%) – 2-й. У остальных пациенток обеих групп отношения в коллективе были хорошими и спокойными.

Установлено, что среди женщин, пользующихся несколькими видами транспорта по пути на работу, преждевременные роды имели место у 22%, при меньшей нагрузке – у 6,3%.

Известно, что на течение и исход беременности влияют нерешенные жилищные проблемы, а проживание в плохих бытовых условиях ведет к снижению общей физиологической реактивности, что нередко сопровождается повышением инфекционной заболеваемости. Проведенные исследования показали, что статистически достоверных различий в жилищных условиях у пациенток обеих групп не было ($p < 0,05$).

Уклад семьи, характер отношений между супругами также оказывают определенное влияние на течение и исход беременности. Обнаружено, что среди преждевременно родивших значительное число женщин находилось в незарегистрированном браке, у разведенных был высоким риск рождения маловесных детей. В ходе анализа семейного положения женщин обеих групп установлено, что 57 (61,9%) пациенток 1-й группы и 66 (50%) 2-й состояли в законном браке, хотя различие не было статистически достоверным. В гражданском браке состояли 29 (31,5%) и 22 (16,7%) женщины соответственно. Одинокими являлись 3 (3,3%) пациентки 1-й группы и 33 (25%) – 2-й.

59 (64,1%) пациенток с неразвивающейся беременностью не имели детей, в группе сравнения этот показатель был несколько ниже и составил 79 (54,8%), хотя различие не носило статистичес-

ки достоверного характера. На вопрос «Хотели бы Вы иметь детей?» утвердительный ответ получен у 89 (96,7%) женщин 1-й группы и лишь у 103 (71,3%) – 2-й.

Уровень дохода семьи 13 (14,1%) пациенток 1-й группы и 49 (35,5%) 2-й оценили как низкий и очень низкий. Таким образом, было установлено, что в 1-й группе существенно больше женщин удовлетворено своим материальным положением.

Большинство пациенток обеих групп (60 (82,2%) – в 1-й и 93 (84,6%) – во 2-й) никогда не сожалели о своем браке, а 56 (66,7%) и 62 (62,6%) соответственно охарактеризовали свои взаимоотношения с мужем как спокойные и доброжелательные. На вопрос «Какими сторонами своей жизни Вы не удовлетворены?» получены ответы, из которых следует, что личной жизнью и материальным положением недовольны лишь 9 (9,8%) и 27 (29,4%) женщин 1-й группы соответственно, в отличие от 2-й группы, где аналогичные показатели составили 29 (20,1%) и 62 (43,1%) соответственно.

Таким образом, наиболее значимым социально-психологическим фактором риска развития несостоявшегося аборта явилась социальная тревога, что необходимо учитывать при подготовке и планировании последующих беременностей.